

Opinnäytetyö (AMK)

ATMS09

Hoitotyön koulutusohjelma

2010

Päivi Martinson

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN TERVEYSKESKUKSEN SAIRAALAN OSASTOLLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Päivi Martinson

Rakenteinen kirjaaminen terveystieteiden sairaalan osastolla

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Kaarinan terveystieteiden sairaalan osasto 1:n hoitajat kirjaavat potilaan hoitotyötä, sekä miten rakenteinen kirjaaminen on lähtenyt käyntiin osastolla. Rakenteinen kirjaaminen aloitettiin osastolla 4.2.2010

Menetelmänä käytettiin kyselytutkimusta ja kohteena olivat osaston hoitajat, jotka kirjaavat potilaan hoitotietoja. Vastauslomakkeen palautti 11 hoitajaa 20:stä eli vastausprosentti oli 55. Aineistoa analysoitiin PASW Statistics 18 –ohjelmalla ja havainnollistettiin pylväsdiagrammeihin.

Tulokset osoittivat, että tulotilanteen otsikointia käytti puolet hoitajista kiitettävästi ja potilaan tunnistetietoja kirjasivat kaikki hoitajat. Omaiset osallistuivat hoitajien mielestä potilaita useammin hoitosuunnitelman laadintaan. Hoidon päätavoitteita kirjattiin kiitettävästi ja hoidon välitavoitteita, toteutusta ja arviointia kirjasi puolet hoitajista. Yli puolet hoitajista kirjasi hoitotyön tarvetta ja toimintoja komponentein ja täydensi näitä vielä vapaalla tekstillä. Hoitotyön tuloksia ja potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia kirjattiin kiitettävästi. Kirjaamisen koulutuksen koki riittäväksi puolet hoitajista, mutta kirjaamisen opetteluun ei kuitenkaan ollut järjestetty riittävästi aikaa. Työmäärän koettiin myös lisääntyneen kirjaamisen myötä, eikä työpaikalla voinut keskittyä kirjaamiseen rauhassa. Kaiken kaikkiaan kuitenkin ymmärrettiin, miksi kirjaaminen oli otettu käyttöön ja pidettiin kirjaamisen kehittämistä tarpeellisenä.

ASIASANAT:

Rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, eNNI-hanke.

Päivi Martinson

Structured documentation in department of the hospital of the health centre

The purpose of this dissertation was to clarify how nurses of the department in the health centre hospital of Kaarina document patient's nursing and how structured documentation has begun in the department? The structured documentation was begun in the department 4.2.2010.

The answer form was returned by 11 nurses of 20, in other words answer per cent was 55. The material was analyzed on a PASW Statistics 18 –program and was illustrated with bar graphs.

The results showed that half of the nurses used the headlining of the arrival situation well and all the nurses documented the patient's identifier knowledge. In the nurses' opinion, the close relations participated in the compilation of the care plan more often than patients. The main objects of the care were well documented and half of the nurses documented the intermediate objectives of the care, realization and evaluation. More than half of the nurses documented the need of the nursing and functions with components and still supplemented these by a free text. Results of the nursing and changes which had taken place in the patient's state were documented well. The education of the documentation was regarded as sufficient by half of the nurses but not time enough was arranged to learn up documentation. There was experience the work load had increased with documentation and there was no peace at workplace to concentrate on documentation. On the whole it was understood, however, why the documentation had been brought into use and the developing of the documentation was considered necessary.

KEYWORDS:

Structured documentation, process of the nursing, eNNI-project.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 RAKENTEINEN HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MALLI.....	7
2.1 Potilasasiakirjat ja sähköinen kirjaaminen	7
2.2 Kirjaamisen tietorakenteet	8
2.3 Potilastietojen käsittely ja tietosuoja	11
3 HOITOTYÖN PROSESSI	11
3.1 Hoitotyön prosessin mukainen suunnitelma	12
3.2 Hoitajan näkökulma	13
3.3 Potilaan näkökulma	14
4 RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISPROJEKTI TERVEYSKESKUKSEN SAIRAALAN OSASTOLLA.....	15
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	15
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	16
6.1 Opinnäytetyön menetelmät	16
6.2 Aineiston keruu ja analysointi	16
6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	17
7 TUTKIMUSTULOKSET	18
7.1 Taustatiedot	18
7.2 Kirjaamiskoulutuksiin osallistuminen	19
7.3 Tulotilanteen otsikon ja tunnistetietojen kirjaus	19
7.4 Potilaan ja läheisten osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan	20
7.5 Hoidon tavoitteiden kirjaaminen	21
7.6 Hoidon toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen	22
7.7 Hoitotyön kirjaaminen hoitotyön luokitusten mukaan	24
7.8 Hoitajien kokemuksia rakenteisen kirjaamisen koulutuksesta	25
8. POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	29
LÄHTEET	33
LIITTEET	
Liite 1. FinCC rakenne	
Liite 2. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen	
Liite 3. Saate ja kyselylomake	
Liite 4. Tutkimuslupa	

KUVIOT

Kuvio 1. Koulutuksiin osallistuminen	19
Kuvio 2. Tulotilanteen otsikoiden kirjaus	20
Kuvio 3. Osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan	21
Kuvio 4. Hoidon tavoitteiden ja arvioinnin kirjaaminen	22
Kuvio 5. Hoidon toteutuksen kirjaaminen menneessä aikamuodossa	23
Kuvio 6. Hoidon arvioinnin kirjaaminen	24
Kuvio 7. Rakenteisen kirjaamisen koulutus	26
Kuvio 8. Rakenteisen kirjaamisen vaikutus hoitokertomuksen sisältöön	27
Kuvio 9. Rakenteisen kirjaamisen helppous ja kirjaamiseen keskittyminen	28

1 JOHDANTO

Sähköinen kirjaaminen on tuonut viime aikoina muutoksia potilastietojen kirjaamiseen. On siirrytty paperisesta sairaskertomuksesta sähköiseen potilaskertomukseen, jossa tiedot siirretään tietokoneelle digitaaliseen muotoon. Tämä malli voi olla joko yhden organisaation käytössä oleva tai se voi ylittää organisaation rajat. Järjestelmään on tallennettuna kaikki välittömästi potilaan hoitoon liittyvä tieto, mutta myös tietoa jota voidaan käyttää toiminnan ja laadun seurantaan sekä laskutukseen liittyvien toimintojen hyväksi. Näitä tietoja ovat eri ammattiryhmät voineet käyttää potilaan hoidon tukena mutta myös esimerkiksi tilastoinnissa ja tutkimuksessa. (Saranto, Ensio, Tanttu & Soininen 2007, 97)

Suomessa 2005 - 2007 kehitettiin valtakunnallinen kehittämishanke (HoiDok) sähköisen dokumentoinnin tueksi. Tämä hanke kehitti yhtenäisen rakenteistetun kirjaamisen mallin jonka pohjana on hoitotyön prosessi. Potilaskertomustekstit ovat tässä mallissa rakenteistettu eri tasoille ja tietojen yhtenäisyys helpottaa potilaan tietojen hakua potilastietojärjestelmistä. Tietoja haetaan yhtenäisten luokitusten, koodien ja otsikoiden avulla. Lähtökohtana kirjaamiselle on sovitut kohdat, jonne tieto kirjataan hoitokertomuksessa. Yhtenäisyys on edellytyksenä tietojen siirrossa ja haussa sekä hoitotietojen hyödyntämisessä. (Tanttu & Rusi 2007, 113 -114)

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin rakenteisen hoitotyön kirjaamisen toteutumista terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö tehtiin eNNI-hankkeessa, jonka kohteena on hoitotyön kirjaamisen uudistaminen hoitotyön kansallisen systemaattisen kirjaamismallin mukaisesti. ENNI-hanke on vuosille 2008 - 2012 ajoitettu valtakunnallinen hanke sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ammattikorkeakoulujen hoitotyön kirjaamista opettavan ja toteuttavan henkilöstön osaamisen kehittämiseksi. (Ikonen, Rajalahti & Ahonen 2009 1.) Kehittämistyötä tehtiin yhdessä Kaarinan terveyskeskuksen sairaalan osasto 1. henkilökunnan kanssa. Tarkoituksena oli selvittää miten hoitajat kirjaavat potilaan hoitotyötä ja miten rakenteinen kirjaaminen on lähtenyt käyntiin osastolla?

2 RAKENTEINEN HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MALLI

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) kehitti kansallisesti yhtenäisen rakenteistetun hoitotyön kirjaamisen perusmallin. Tämä malli perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin ja Finnish Care Classification eli FinCC luokitukseen. Ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. FinCC hoitotyön prosessin luokituskokonaisuus sisältää: hoidon tarpeelle tehdyn oman luokituksen (SHTaL 2.01), hoitotyön toiminto luokituksen (SHToL 2.01) ja hoidon tuloksentilan luokituksen (SHTuL 1.0). Potilaan tietoja kirjattaessa, rakenteisuus näkyy otsikkotason tietoina, em. luokituksina tai koodistojen käyttönä. Tämä tieto tekee hoitoprosessin näkyväksi ja mahdollistaa sen hyödyntämisen eri tarkoituksiin. (Tanttu & Rusi 2007, 113, Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008)

2.1 Potilasasiakirjat ja sähköinen kirjaaminen

”Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus sekä siihen liittyvät asiakirjat kuten lähetteet, laboratorio, röntgen ja muut tutkimusasiakirjat ja – lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja tuottamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat.” (Sosiaali- ja terveysministeriön -asetus 30.3.2009/289). Potilaskertomuksessa on oltava potilaan perustiedot, kuten nimi, syntymäaika ja yhteystiedot sekä merkinnät jokaisesta potilaan käynnistä. Käyntien tiedoista tulee ilmetä tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seurannat sekä sairauden kulku ja loppulausunto (Sosiaali- ja terveysministeriö opas 2006, 14.)

Sähköisellä hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilaskertomukseen potilaan toteutettavien hoitotietojen tallennusta, säilytystä ja uudelleen käyttöä tietokoneen avulla (Ensio 2001, 38 - 40). Sähköinen kirjaaminen on tuonut terveydenhuollon henkilöstölle lisähaastetta. Potilaat etsivät itse tietoa ahkerammin ja tietävät omasta hoidostaan entistä enemmän. Sähköinen kirjaaminen edellyttää myös tiedon ryhmittelyä ja luokittelua, toisaalta nämä voivat johtaa myös yksipuoliseen kirjaamiseen. Se mitä hoidosta kirjataan, kertoo myös hoitajien asenteen kirjaamista kohtaan, samoin kuin sen onko hoitajalla kykyä analyyttiseen ja kriittiseen ajatteluun.

Myös lomakkeet, joille potilastietoja kirjataan, voivat aiheuttaa puutteita kirjaamisessa (esim. teksti ei sovi sille tarkoitettuun kohtaan). Tekniikkaa pitää osata myös käyttää, jotta kirjaaminen sujuisi luonnikkaasti. (Kärkkänen 2007, 90 - 91.)

Hartikaisen (2008, 61 - 66) mukaan hoitajat ovat kokeneet sähköisen kirjaamisen vaikeammaksi kuin paperisen kirjaamisen potilaskansioon. Tietojen siirtäminen sähköiseen järjestelmään on tuonut lisätyötä ja vuorovaikutuksen potilaan kanssa on koettu vaikeutuneen. Tietokoneen käyttöön ei ole totuttu potilastyön ohessa ja lisäongelmana oli myös koneiden vähyys ja yhteyksien hitaus. Tutkimuksen perusteella sähköinen potilaskertomus ei takaa vielä uusien toimintatapojen omaksumista. Leinon (2004, 60 - 61) tutkielmassa hoitotyön kirjaamisen toteutumisesta todettiin, ettei sähköisen kirjaamisjärjestelmän tuleminen ole kuitenkaan merkittävästi heikentänyt kirjaamisen laatua tai sen sisältöä.

Virolaisen (2006, 63 ja 82) tutkielmassa, joka käsittelee hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyönkirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Vastaajat kuvasivat, että elektroninen hoitotyönkirjaaminen vähentää itsestään selvyyksien kirjaamista. Laadukkaan kirjaamisen perustana oli myös aikaisempi tietotekninen koulutus sekä potilastietojärjestelmäkoulutukset työnantajan toimesta. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta oli sitoutunut kirjaamaan, mutta tarvitsi lisäkoulutusta.

Robiesin (2009, 31) ja Elkindin (2009, 2) mukaan, Electronic Medical Record (EMR) on tosiasia suurimmalle osalle hoitajia. Tänä teknologian ja tiedon aikakautena on tietotekniikan käyttöä pidettävä arvokkaana työkaluna, joka tällä hetkellä ja tulevaisuudessa helpottaa hoitamista ja opetusta. Kun hoitotyön ammattikunta jatkaa teknologian ja tiedon omaksumista, muodostuu siitä ainutlaatuinen mahdollisuus kehittää ja vaikuttaa hoitotyöhön. Näyttöön perustuvat ratkaisut edistävät potilaan hoidon jatkuvuutta, kun tiedonvälitys helpottuu ja systematisoituu.

2.2 Kirjaamisen tietorakenteet

Kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä tulee olla ydintietomääritysten mukaiset tietorakenteet. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu ydinkertomuksesta ja perustason kertomuksesta. Ydinkertomus sisältää potilaan henkilö- ja yhteystietoja sekä terveyden ja sairauden hoitoon liittyviä merkintöjä. Perustason tiedot taas liittyvät terveyden- ja sairauden hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Rakenteinen potilaskertomus muodostuu erilaisista

tietokokonaisuuksista, näitä ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot (LIITE 2). (Saranto, Ensio, Tanttu & Soininen 2007, 100 -102; STM opas 2006 14 -17; Häyrinen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen 2004, 34 - 40; Opas-spk-ydintiedot , 2007, 15-19.)

Näkymät ovat tietokokonaisuuksia jotka liittävät tiedon yhteen hoidon kokonaisuuteen, kuten lääketieteen erikoisalakohtaisiin tai perusterveydenhuollon ja eriammattiryhmien näkymiin. Ohjelmistossa voi olla käytössä satoja eri näkymiä, näitä kaikkia näkymiä ei kuitenkaan ole sovittu kansallisesti, vaan osaa näkymistä voidaan käyttää organisaatiokohtaisesti. Näiden näkymien tietosisältö koostuu **hoitoprosessin** eri vaiheista, alkaen tulotilanteesta ja jatkuen hoidon suunnitteluvaiheen kautta toteutukseen ja arviointiin. Erikoissairaanhoidossa ja vuodeosastoilla kaikki hoitoprosessin vaiheet kirjataan aina. Perusterveydenhuollossa käynnin tiedot kirjataan yleisesti hoidon suunnittelu ja toteutus – vaiheen alle. (Saranto, Ensio, Tanttu & Soininen 2007, 100 - 102; STM opas 2006 14 -17; Häyrinen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen 2004, 34 - 40; Opas-spk-ydintiedot 2007, 15 -19.)

Otsikoiden avulla teksti jäsennellään asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen. Kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa kirjataan otsikon alle vapaamuotoisesti. Otsikoita voivat olla esimerkiksi esitiedot, tulosyy, nykytila, terveystarkastus ja loppuarvio. Vapaamuotoisen tekstin lisäksi potilasasiakirjoihin kirjataan yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. (Saranto, Ensio, Tanttu & Soininen 2007, 100 - 102; STM opas 2006 14 - 17; Häyrinen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen 2004, 34 - 40; Opas-spk-ydintiedot 2007, 15 -19.)

Ydintiedot ovat potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja ja niillä kuvataan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Ydintietojen pääluokkia ovat: Potilaan tunnistetiedot, hoidon antajan tunnistetiedot, hoitjakson ja – hoitotapahtuman tunnistetiedot, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, ongelmat, hoitotyön ydintiedot, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio (=henkilön saama sairauksien ehkäisevä hoito), lausunnot, toimintakyky, apuvälineet, elinluovutustestamentti, hoitotahto, yhteenveto ja jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. Kun tietoja esitetään rakenteisessa muodossa, tulee käyttää yhdenmukaisia nimikkeistöjä ja luokituksia, jotta kirjattua tietoa olisi helppo hyödyntää muissa ohjelmistoissa. Sähköiseen potilaskertomukseen kirjataan vain tarpeellinen tieto hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Ydintietoja

voidaan liittää vapaamuotoisen tekstin joukkoon, mutta ne voivat olla myös omalla näkymällä, kuten esimerkiksi lääkehoito. (Saranto, Ensio, Tanttu & Soininen 2007, 100 - 102; STM opas 2006 14 -17; Häyrynen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen 2004, 34 - 40; Opas-spk-ydintiedot 2007, 15 - 19.)

Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön tekemä arvio potilaan terveydentilasta nyt ja tulevaisuudessa. Hoitotyön toiminnot taas kuvaavat potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen. Hoidon tuloksissa kuvataan muutoksia, joita potilaan tilassa on tapahtunut, hoidon tarpeen arvioinnista lähtien. Kirjaamisessa käytetään apuna kansallista hoitotyön luokituskokonaisuutta, FinCC = Finnish Care Classification, (LIITE 1), johon sisältyy hoidon tarveluokitus (SHTaL), hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja hoidon tuloksen tila luokitus (SHTul). Hoidon tarve- ja toimintoluokitusten 19 komponenttia ovat: Aineenvaihdunta, aistitoiminta, aktiviteetti, elämänkaari, erittäminen, hengitys, jatkohoito, kanssakäyminen, kudoseheys, lääkehoito, nestetasapaino, psyykinen tasapaino, päivittäiset toiminnot, selviytyminen, ravitsemus, terveyskäyttäytyminen, terveyspalvelujen käyttö, turvallisuus ja verenkierto. Molemmilla luokilla on omat koodit ja OID-tunnisteet (yksilöintitunniste). Hoidon tuloksentila luokitellaan: parantunut/ennallaan/huonontunut (LIITE 1). Potilaskertomukseen kirjataan kunkin osa-alueen kohdalla hoidon kannalta merkittävät tiedot. (HoiData –hanke 2009, 6-7.) Hoitosuudella tarkoitetaan potilasryhmien tarvitseman hoidon määrää. Hoitoisuus on hoitajan arvio potilaan hoidon tarvetta vastaavasta hoitotyön panoksesta. Hoitotyön yhteenveto taas on kooste hoitojakson keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, jota voidaan hyödyntää jatkohoitopaikoissa ja seuraavilla hoitojaksoilla. (Opas-spk-ydintiedot 2007, 36 - 38.)

Laineen (2008) tutkielmassa, jossa selvitettiin hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta, hoitajat kokivat, että kirjaamista hankaloitti kirjaamiskäytäntöjen kirjavuus ja että kirjatun tiedon lokerointi vaikeutti kirjaamista. Tutkijan mukaan koulutus ja keskustelu yhdenmukaisista kirjaamistavoista, auttaisi ymmärtämään luokitusten käyttöä.

2.3 Potilastietojen käsittely ja tietosuoja

Potilastietoja käsiteltäessä tulee myös muistaa tietosuoja. Tietosuojan periaatteena on, että asiakasta koskevat tiedot kerätään avoimesti ja rehellisesti ja että asiakasta arvioidaan oikeiden ja olennaisten tietojen perusteella. Potilaan asema ja oikeudet hoitosuhteessa ovat korostuneet muutamien lakien myötä. Näitä lakeja ovat: Laki potilaan asemasta ja oikeudesta, 17.8.1992/785, jota sovelletaan terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 9.2.2007/159, tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä sekä yhdenmukaistaa sähköistä kirjaamista koko maassa. Potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä sovelletaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetusta 289/2009. Tässä asetuksessa potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja sekä muita teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan tietoja.

Henkilötietolaki 1.6.1999/523 sovelletaan henkilötietojen automaattiseen käsittelyyn. Myös muuhun henkilötietojen käsittelyyn sovelletaan tätä lakia silloin, kun henkilötiedot muodostavat tai niiden on tarkoitus muodostaa henkilörekisteri tai sen osa. Hallintolain 434/2003 tarkoituksena on toteuttaa ja edistää hyvää hallintoa sekä oikeusturvaa hallintoasioissa. Tässä laissa kuten henkilötietolaissakin, suullisesti esitetyt selvitykset ja vaatimukset tulee kirjata tai muutoin rekisteröidä. Laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, säädetään mm. asiakirjojen salassa pidosta, vaitiolovelvollisuudesta ja muista tietojen saantia koskevista rajoituksista.

3 HOITOTYÖN PROSESSI

”Hoitoprosessi on asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen liittyvien hoitotapahtumien suunnitelmallinen toimintasarja, jossa edetään asiakkaan ongelmien määrittelystä hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta arviointiin” (STM opas 2006, 17). Hoitoprosessiin liittyy tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tulotilannetta kirjattaessa voidaan otsikoina käyttää hoidon syy, esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, terveyteen vaikuttavat riskitekijät, riskitiedot ja hoidon tarve. Hoidon suunnitteluvaihe sisältää hoitoon osallistuvien

ammattihenkilöiden ja tarvittaessa asiakkaan omaisten yhdessä suunnittelemaa asiakkaan hoitoa. Otsikoina voidaan käyttää tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito ja hoitotyön toiminnot. Hoidon toteutusvaiheessa kirjataan hoidon toteutuminen tavoitteiden saavuttamiseksi, otsikkona voivat olla tutkimukset, toimenpiteet, hoitotyöntoiminnot, lääkehoito ja rokotukset. Hoidon arviointivaiheessa arvioidaan asiakkaan voinnin muutosta ja toteutunutta hoitoa suhteessa suunnitelmassa asetettuihin tavoitteisiin. Otsikkoina voidaan tällöin käyttää tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito ja hoidon tulos. Otsikoiden avulla voidaan tekstit jäsennellä niin, että ne helpottavat oikean tiedon löytymistä. (STM opas 2006, 17 - 18.)

3.1 Hoitotyön prosessin mukainen suunnitelma

Potilaan hoitotyö suunnitellaan hoitoprosessin mukaisesti vaiheittain, jotka jaetaan tiedon keruu ja analysointi, hoidon tarpeiden määrittäminen, tavoitteiden asettaminen ja suunniteltujen toimintojen toteuttaminen tavoitteisiin pääsemiseksi –vaiheisiin. Jotta päästään potilaan tarpeita vastaavaan hoitoon pitää potilaan tulohaastatteluun ja tiedon keruuseen panostaa aikaa. Tietoja tuki kerätään koko hoitoprosessin ajan, mutta jotta päästään potilaan yksilölliseen hoitoon pitää potilaan tarpeita kartoittaa hyvin. Näin pystytään myös ohjaamaan hoitoon osallistuvien osapuolien voimavarat juuri niihin tarpeisiin, joita potilaalla on. Tarpeita kartoitettaessa mietitään hoitotoimintoja, joilla voidaan poistaa tai helpottaa potilaan ongelmia tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Hoitajan tulee myös potilaan kanssa keskusteltaessa koko ajan havainnoida potilaan tilannetta ja selvittää potilaan todelliset tarpeet. Tavoitteita asetettaessa mietitään kokonaisuutta; kun tavoite asetetaan, miten sen toteutuminen arvioidaan ja koska kyseinen päämäärä on saavutettavissa. Hoitotyön tavoitteita kirjattaessa tulee helposti kirjattua erilaisia hoitotyön toimintoja, tällöin ei saada kuvattua potilaan vointia vaan hoitajien tekemää työtä. (Ensio & Saranto 2004, 36 - 41, Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6-9, Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 106.)

Kun tiedon keruu, hoidon tarve ja tavoitteet on kartoitettu, voidaan prosessia jatkaa suunnittelemaan potilaan yksilöllinen hoito. Hoitoa suunnitellaan tiiminä ja jokainen tiimin jäsen tuo mukanaan oman asiantuntijuutensa. Hoitajan tehtävänä on koota ja järjestää potilaan hoitoa koskevat tiedot yhteen hoitotyön näkökulmasta. Myös potilas itse ja omaiset osallistuvat suunnitteluun mahdollisuuksiensa mukaan. Näin saadaan myös heidät motivoitumaan hoitoon. Hoitoa suunnitellaan prosessinomaisesti

ja se etenee koko ajan kohti asetettuja tavoitteita. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6-9.)

Leinon (2004, 58 - 72) tutkielmassa runsas neljännes hoitajista katsoi kirjaavansa kiitettävästi päivittäisiä hoitotoimia koko hoitoprosessin ajan. Puolet hoitajista teki hoitosuunnitelmaa kuitenkin ilman potilaan läsnäoloa. Hoitajien mielestä potilaan kanssa hoitosuunnitelmaa tehtäessä aikaa kului liikaa. Tästä huolimatta hoitajat kokivat kirjaavansa parhaiten juuri potilaan tuntemuksia ja omaisten toiveita potilaan hoidosta. Myös hoitajien antaman ohjauksen kirjaaminen koettiin hyväksi. Tutkijan loppupäätelmä oli, että hoitotyön kirjaaminen oli potilaslähtöistä ja hoitajilla oli hyvä päätöksentekokyky.

Virolaisen (2006, 77 - 80) tutkielmassa hoitajat olivat huolissaan siitä, että potilaan näkökulma jää huomiotta ja ääni kuulumatta. Kuvailevan kirjaamisen osuus oli vähentynyt fraasien ohjatessa hoitotyön kirjaamista. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että hoitokertomuksen välitavoitteita ja kokonaistavoitteita kirjattiin melko hyvin. Laineen (2008, 50 - 51) ja Virolaisen (2006, 77) tutkielmissa hoitajien mielestä rakenteisen kirjaamisen myötä työmäärä lisääntyi ja aikaa jäi vähemmän potilastyöhön.

3.2 Hoitajan näkökulma

Potilasturvallisuus on yhtenä eNNI-hankkeen tavoitteena sähköistä potilaskertomusjärjestelmää uudistettaessa. Tähän perustuen, tärkeään onkin yhtenäisten käsitteiden luominen hoidon dokumentoinnissa. Rakenteisesti sähköiseen hoitokertomukseen kirjaaminen helpottaa oikean tiedon hakua ja näin ollen parantaa potilasturvallisuutta, mutta myös samalla helpottaa hoitajien työskentelyä. Kun tieto kirjataan hoitotyön prosessimallin (FinCC-kokonaisuus) mukaan voidaan helposti hakea tietoa hoidon suunnittelusta ja toteutuneesta hoidosta. Nämä hoitotyön prosessiluokitukset ohjaavat hoitajaa arvioimaan hoidon tarvetta ja hoitotyöntoimintoja, näin toiminta on systemaattista. Hyvin kirjattu tieto helpottaa osaltaan hoitotyön tutkimusta. Tutkimus voidaan kohdentaa tietylle hoitotyön osa-alueelle, jos tiedot on kirjattu rakenteisesti. (Ikonen, Rajalahti & Ahonen 2009, 1-2.)

Dahmin ja Wandenstenin (2008, 2138 - 2144) tutkimuksessa hoitajien asenteet olivat yleisesti ottaen myönteisiä käytettäessä standardoituja (normitettuja) hoitosuunnitelmia. Tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelma paransi hoitajien kirjaamista ja helpotti hoitajien työtä. Lisäksi kävi ilmi, että hoitajat tarvitsevat lisää tietoa hoitosuunnitelmista, jotta

heille syntyisi parempi käsitys myös siitä, mitä näyttöön perustuva tieto on. Myös Saranto ja Kinnunen (2009, 2144) tuovat kirjallisuuskatsauksessaan esiin, että hoitajat kokevat tietotekniikan ja termien käytön enemmän positiivisena kuin negatiivisena. Laineen (2008, 51 - 52) tutkielmassa rakenteinen kirjaaminen koettiin hyödylliseksi, koska se oli tarkempaa kuin ennen tapahtuva sähköinen kirjaaminen. Myös kirjaamisen laatu oli parantunut rakenteisen kirjaamisen myötä. Elektroninen hoitotyön kirjaaminen oli Virolainen (2006, 77) tutkielman mukaan tuonut selkeitä parannuksia kirjaamiseen, parantaen potilasasiakirjojen luettavuutta ja ymmärrettävyyttä.

Hoitajien työ on jatkuvaa ohjaamista. Kirjaamista tarvitaan hoitajien /muun hoitohenkilökunnan välisen viestinnän tehostamiseen ja näin ollen potilasturvallisuutta lisäämään. Kirjaamisen puuttuessa potilaan ohjaus voi olla puutteellista tai jäädä kokonaan tekemättä. (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 13 -15.) Asiakaslähtöisyys tulee myös hoitajan ottaa huomioon, sähköistä potilasjärjestelmään uudistettaessa. Koko ajan järjestelmän kehittyessä potilas osallistuu enemmän itse hoitoonsa ja hänellä on myös oikeus päästä katsomaan omia tietojaan. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6-9.)

3.3 Potilaan näkökulma

Tulevaisuudessa potilaskertomukset tulevat olemaan asiakkaan suostumuksella kaikille hoitoon osallistuville tahoille saatavilla, siinä laajuudessa kuin asiakkaan hoito sitä edellyttää. Yhdenmukaisuus kirjaamisessa parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä. Asiakkaan tietoja kirjataan erikoisalakohdaisille näkymille eri ammattiryhmien toimesta, hoitajat esimerkiksi kirjaavat rakenteisen hoitotyön yhteenvedon näille näkymille. Nämä näkymät tallennetaan tulevaisuudessa kansalliseen arkistoon ja sieltä ne ovat saatavissa tarvittaessa. Tämä rakenteinen yhteenveto on tiivistelmä asiakkaan saamasta hoidosta ja sen hetkisestä voinnista. (Hassinen & Tantt 2008, 18 - 20.)

Sarannon ja Kinnusen (2009, 2143) kirjallisuuskatsauksessa tulee esiin myös tiedon keruun tärkeys potilailta ja heidän perheen jäseniltään, jotta voitaisiin arvioida hoitajien kirjaamista paremmin. Leinon (2004, 59 - 61) tutkielmassa hoidon suunnittelun puutteellisuuteen viittasi myös vuorovaikutus, jonka hoitajat arvioivat tyydyttäväksi potilaan ja hoitajan välillä.

Asiakkaalla on oikeus saada kirjatuksi se tieto, miten hän haluaa tulla hoidetuksi ja mitä hän itse pitää tärkeänä. Koko kirjaamisen ajan tulee tuoda tekstissä esille asiakkaan omat näkemykset ja kokemukset, eli kirjaamista tehdään yhteistyössä asiakkaan ja hoitajan kanssa. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6 - 9.)

4 RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMISPROJEKTI TERVEYSKESKUKSEN SAIRAALAN OSASTOLLA

Kaarinan terveystieteiden vuodeosastolla oli käytössä Effic -järjestelmä. Erillistä hoitosuunnitelmaa lomaketta ei ollut, vaan hoitotyön kirjaaminen tapahtui järjestelmään blanco -lomakkeelle. Aiemmin kirjattujen tietojen löytyminen vaati siis selaamista. Sähköinen hoitotyön kirjaaminen oli ollut käytössä 10 vuotta. Kirjaaminen tapahtui niin, että yksi vuorossa olevista hoitajista kirjasi tiedot muiden kertoman mukaan potilaskertomukseen. Vuoroja oli kaksi, aamu- ja iltavuoro.

Kehittämiprojektin alkaessa teoriakoulutusta järjestettiin hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta, lainsäädännöstä ja päätöksen teon kirjaamisesta. Lisäksi järjestettiin Case-koulutuksia pienryhmässä. Henkilökunnan koulutus tapahtui vierikoulutuksena ja ohjauksen kautta. Syksyllä 2009 Effic -järjestelmään oli saatu hoitokertomuslomake WHOIKE -nimellä (koulutusversio), tämä lomake oli tarkoitettu potilaan hoitotietojen kirjaamiseen ja kirjaaminen noudatti hoitotyön prosessia. Tuotannossa WHOIKE -lomakkeen käyttö aloitettiin osastolla 4.2.2010. Aikataulutus kulkee periaatteella –hiljaa hyvää tulee, eli muutosta viedään läpi antamalla aikaa oppia ja opetella uutta.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kirjaamista. Rakenteisuus kirjaamisessa on pikku hiljaa tulossa kaikille terveydenhuoltoalalla työskenteleville hoitajille joka päiväiseksi tavaksi toimia. Oma kiinnostukseni kirjaamiseen on sähköiseen potilaskertomukseen siirtymisen jälkeen lisääntynyt. Rakenteinen

kirjaaminen helpottaa tiedon hakua ja vaatii hoitajilta tutkimuksista saadun tiedon seuraamista ja käyttämistä. Tutkimusongelmat tässä työssä olivat:

1. Miten hoitajat kirjaavat potilaan hoitotyötä
2. Miten rakenteinen kirjaaminen on lähtenyt käyntiin osastolla

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Valitsin kyselytutkimuksen tarkastelemaan edellä mainittuja tutkimusongelmia. Kyselytutkimus aiheuttaa helposti haasteita, lähinnä siinä tehdäänkö oikeita kysymyksiä ja onko ajankohta oikea kysymyksille? Kaarinan terveystieteiden sairaalassa osastolla 1 on juuri keväällä 2010 aloitettu rakenteinen hoitosuunnitelman kirjaaminen. Kyselyllä pyrittiin saamaan vastauksia hoitajien hoitotyön kirjaamisesta ja miten kirjaaminen on lähtenyt käyntiin. Hoitajien määrä osastolla on 20, joten otos on pieni, mutta palvelee osaston omaa toimintaa sekä toivottavasti samantyyppisten osastojen, joissa rakenteista kirjaamista on aloitettu tai aloitellaan.

6.1 Opinnäytetyön menetelmät

Menetelmänä käytettiin kyselytutkimusta johon pyydettiin vastaukset Kaarinan terveystieteiden sairaalan osasto 1:n hoitajilta. Kysymyslomakkeet vietiin osastolle, jossa osastonhoitaja jakoi ne ja ohjeisti kysymyksiin vastaavat hoitajat. Kysymykset olivat vaihtoehtokysymyksiä ja mukaan liitettiin yksi avoin kysymys koulutuksen lisätoiveista. Kysymykset testattiin ensin samantyyppisen terveystieteiden sairaalan vuodeosastolla. Kysymyksien testauksessa ja laatimisessa auttoi osastonhoitaja. Testikysymyksiin liitettiin lisäksi avoin kohta, jossa testivastaajat kertoivat, mihin kysymyksiin oli vaikea vastata, mitkä kysymykset olivat epäselviä ja missä kysymyksistä ei ollut riittävästi vastausvaihtoehtoja. Testikysymysten vastauksien perusteella laadittiin lopullinen kyselylomake.

6.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen kohteena oli Kaarinan terveystieteiden sairaalan osasto 1:n 20 hoitajaa, jotka kirjaavat. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Kukin sai kyselylomakkeen ja saatekirjeen (LIITE 3) lisäksi suljettavan kirjekuoren, jossa sai vastauksensa palauttaa

osastonhoitajalle. Aineisto kerättiin 31.5 - 30.6.2010 eli vastausaikaa annettiin kuukauden ajan. Näin huomioitiin myös vuosilomansa jo aloittaneet hoitajat. Opinnäytetyöntekijä kävi hakemassa vastaukset elokuun 1.pnä. Vastauslomakkeen palautti 11 hoitajaa täytettynä, 5 sairaanhoitajaa, 3 perushoitajaa ja 3 lähihoitajaa, vastausprosentti oli 55. Kaikki palautetut lomakkeet hyväksyttiin tarkistamisen jälkeen.

Aineistoa analysoitiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla ja havainnollistettiin pylväsdiagrammein. Aineiston analysointi aloitettiin numeroimalla kysymyslomakkeet sekä kysymykset. Vastaukset siirrettiin SPSS-ohjelmaan numeroina, muuttujat, jotka olivat Likert-asteikolla 1-5 -kohdat, muutettiin kolmeksi ryhmäksi. Täysin eri mieltä ja osittain eri mieltä -kohdat yhdistettiin eri mieltä kohdaksi. Täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä -kohdat yhdistettiin samaa mieltä -kohdaksi. Ei samaa eikä eri mieltä -kohta säilyi ennallaan. Vastauksia kuvattiin pylväsdiagrammein yhdistellen samantyyppisiä kysymyksiä samaan kuvioon. Vastaukset kertovat vastaajien kokonaislukumäärän, muita tilastollisia menetelmiä ei käytetty. Hoitajien vähäisen määrän vuoksi, en erotellut sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia, jotta vastaajia ei tunnistettaisi. Käytän tässä opinnäytetyössä yhteisnimitystä hoitaja.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aiheen valintaa tulee miettiä tutkimukseen osallistuvien lähtökohdista. Hyödyttääkö tulokset vastaajia ja potilaita ja voidaanko tuloksia käyttää hoitotyön laadun kehittämisessä. Kysymyksiä tehtäessä pitää muistaa, että kysymykset saattavat herättää vastaajassa negatiivisia tunteita ja näin ollen kysymykset tulee tehdä hienotunteisesti ketään loukkaamatta. Henkilökohtaisia tietoja kysyttäessä tulee myös miettiä tarvitaanko niitä lainkaan ja miten ne vaikuttavat vastauksiin. Näin suojellaan vastaajien yksityisyyttä ja vastaajalle ei tule tunnetta, että vastattuaan hänet voi tunnistaa muiden vastaajien joukosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 - 177.)

Tässä opinnäytetyössä kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajan henkilöllisyys ei tullut selville missään vaiheessa. Kysymyslomakkeiden mukana olleessa saatekirjeessä, tähdennettiin vielä anonymiteettiä. Kysymyslomakkeen mukana seurasi kirjekuori, joka suljettiin ennen palautusta ylihoitajalle. Opinnäytetyöntekijä tarkasti, että kirjekuoret oli suljettuina noutaessaan niitä ylihoitajalta. Kyselylomakkeet hävitettiin vastausten analysoinnin jälkeen. Vähäisen vastausten määrän, 11 vastaajaa 20:stä, vuoksi opinnäytetyössä yhdistettiin

sairaanhoitaja/perushoitaja/lähihoitaja yhdeksi ryhmäksi hoitaja –nimikkeen alle. Tutkimuslupa myönnettiin viranhaltijapäätöksenä Kaarinan kaupungin hyvinvointipalveluiden johtajan päätöksellä. (LIITE 4).

Luotettavuutta tarkasteltaessa pitää miettiä mitataanko juuri sitä mitä on tarkoitus mitata. Voidaanko tuloksia käyttää myös esimerkiksi toisen tulosityksikön hyväksi? Käsitteiden auki purkaminen ja kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys lisäävät myös mittarin luotettavuutta. Kysymysten esitestaaminen on tärkeää, jotta voidaan vielä tarvittaessa korjata kysymyslomaketta ymmärrettävämmäksi ja selkeämmäksi. Esitestaukseen kannattaa myös liittää avoin vastauskohta, jonne vastaajat voivat lisätä parannusehdotuksia ja kertoa ongelmakohdista lomakkeessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152 -156.) Validiutta ajateltaessa eivät mittarit ja menetelmät aina vastaa siihen, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Kysymyslomakkeiden kysymykset voi vastaaja ymmärtää eri tavalla kuin tutkija ja kun tutkija käsittelee saatuja vastauksia oman ajattelunsa mukaisesti, vastaukset eivät ole luotettavia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226 -227.)

Näyttäisi siltä, että saatujen vastausten perusteella, tutkimusongelmiin saatiin vastauksia. Kaikkia kysymysten kohtia eivät vastaajat välttämättä ole ymmärtäneet kuten opinnäytetyön tekijä. Esitestaamisessa tuli esille vastausvaihtoehdoista puuttuvia kohtia sekä muutaman kysymyksen vaikea ymmärrettävyys. Nämä korjattiin ja kyselylomakkeelle lisättiin vielä avoin kysymys lisäkoulutuksen tarpeesta.

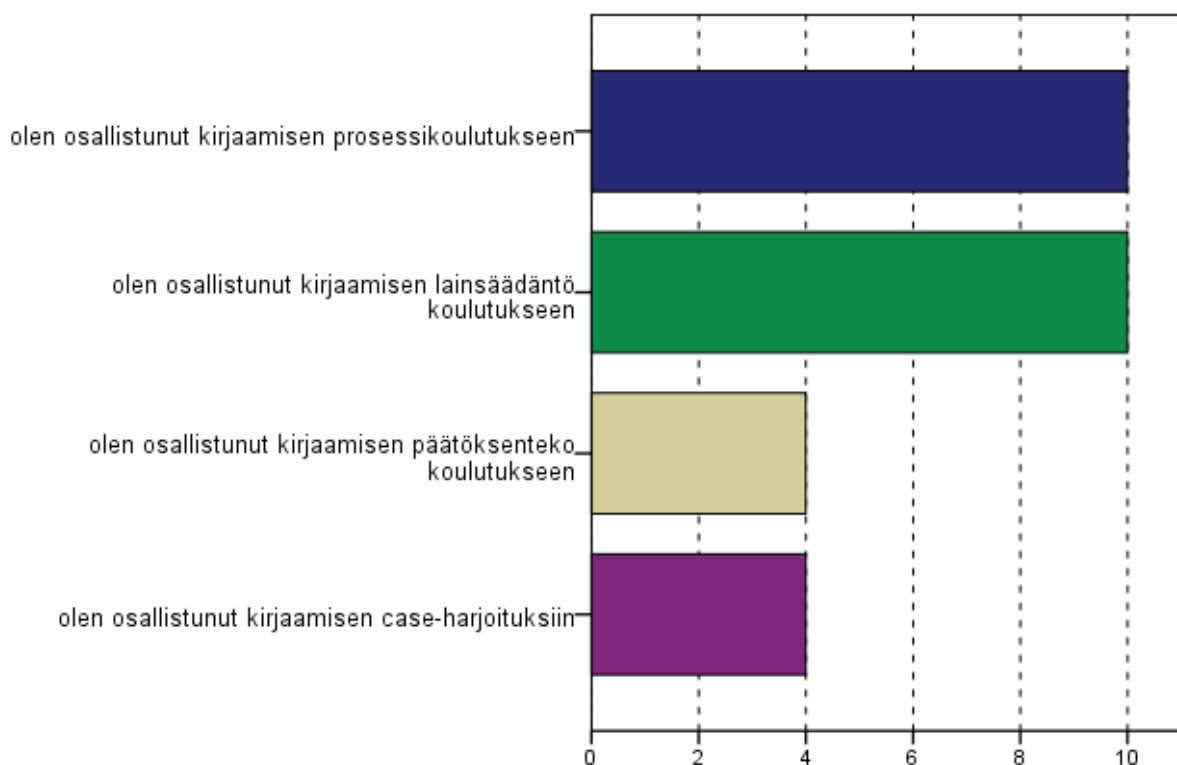
7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatiedot

Vastaajista neljä oli 20 - 39 vuotiaita ja seitsemän 40 - 59 vuotiaita. Sairaanhoitajia vastaajista oli viisi, perushoitajia kolme ja lähihoitajia kolme. Työkokemus oli viidellä yli 20 vuotta ja kuudella alle 20 vuotta. Pisin työkokemus oli 33 vuotta ja lyhyin kolme vuotta.

7.2 Kirjaamiskoulutuksiin osallistuminen

Kirjaamiskoulutuksiin, joiden sisältönä oli kirjaamisen prosessi, lainsäädäntö, päätöksenteko ja Case-harjoitukset, oli kaikkiin osioihin osallistunut kolme hoitajaa. Yksi hoitajista oli osallistunut kolmeen ensimmäiseen osioon, viisi hoitajista kahteen ensimmäiseen osioon. Yksi hoitajista oli osallistunut ensimmäiseen ja viimeiseen osioon ja yksi hoitajista oli osallistunut toiseen osioon. Avoimeen kysymykseen ”Millaista lisäkoulutusta vielä toivoisit” oli kahdessa kyselylomakkeessa toiveita. Toisessa lomakkeessa hoitaja halusi lainsäädännön lisäkoulutusta ja toisessa ”ohjelman tarkennusta siihen miten kirjataan sellaiset asiat joita ohjelmassa ei ole huomioitu.”(Kuvio1.)

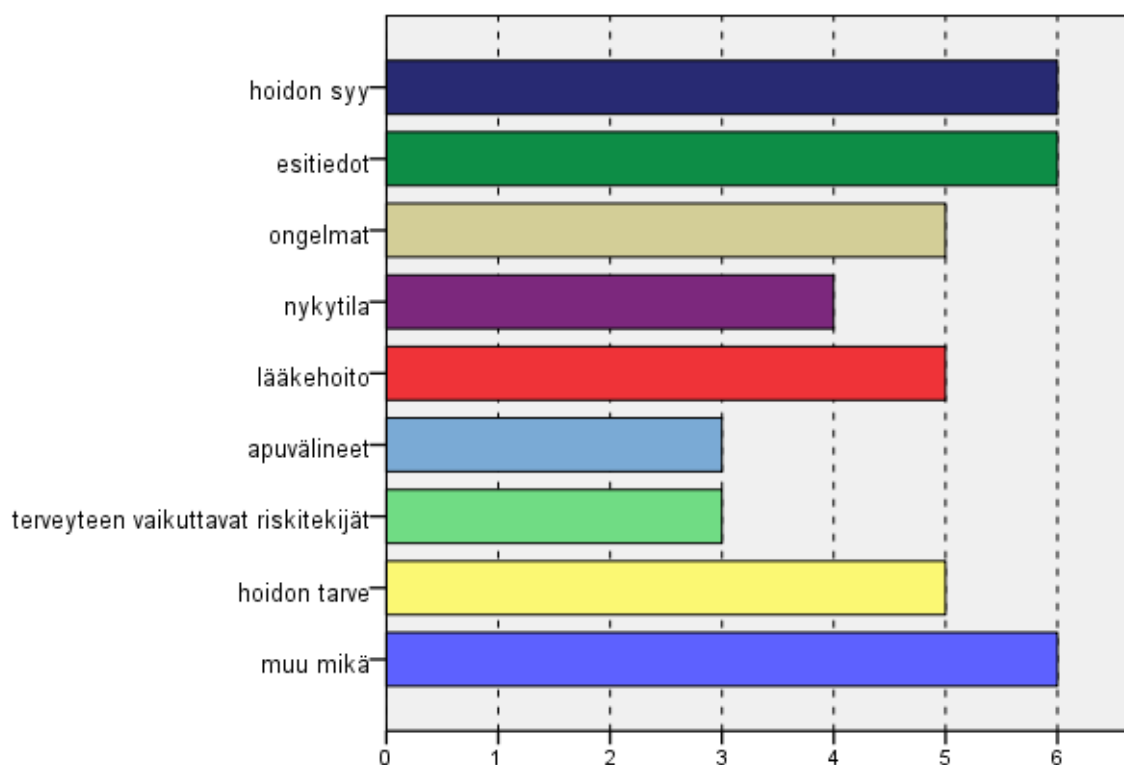


Kuvio 1. Koulutuksiin osallistuminen

7.3 Tulotilanteen otsikon ja tunnistetietojen kirjaus

Viisi hoitajista valitsi tulotilanteen otsikon kirjaamiseen enemmän kuin yhden vaihtoehdon. Kaksi näistä hoitajista valitsi kaikki valmiit vaihtoehdot, yksi hoitajista

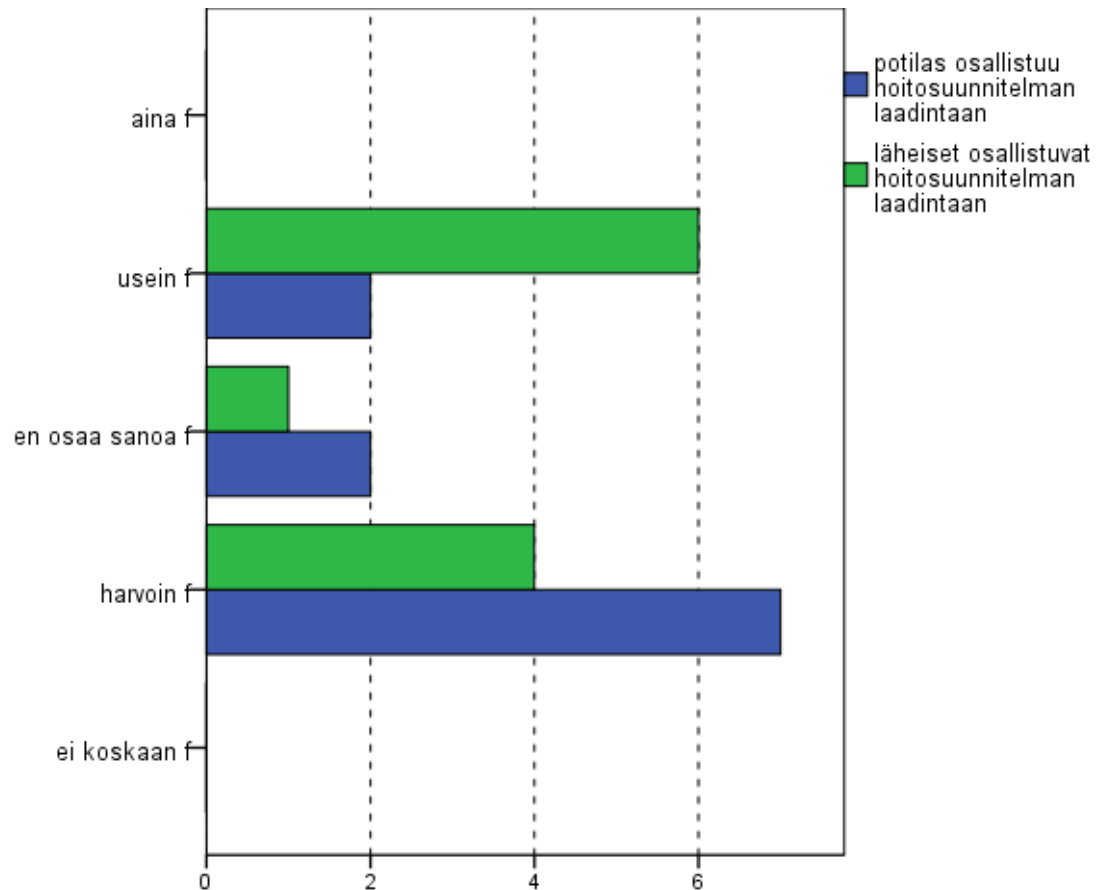
katsoi, että apuvälineet eivät kuuluneet tulotilanteen otsikointiin ja oli lisäksi lisännyt muu, mikä –kohtaan perustiedot. Yksi hoitajista oli jättänyt valmiista vaihtoehtoista pois terveyteen vaikuttavat riskitekijät –kohdan ja yksi oli valinnut kohdat hoidon syy, esitiedot, ongelmat, lääkehoito ja hoidon tarve. Loput kuusi hoitajaa olivat valinneet vaihtoehtoista yhden kohdan, neljässä lomakkeessa näistä oli muu, mikä –kohtaan merkitty perustiedot tulotilanteen otsikko valinnaksi, yhdessä hoidon syy sekä yhdessä esitiedot. (Kuvio 2.) Potilaan tunnistetiedot kirjasi kaikki vastaajista aina, hoidon antajan tunnistetiedot kirjasi aina 10 hoitajaa ja yksi hoitajista ei osannut sanoa.



Kuvio 2. Tulotilanteen otsikoiden kirjaus

7.4 Potilaan ja läheisten osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan

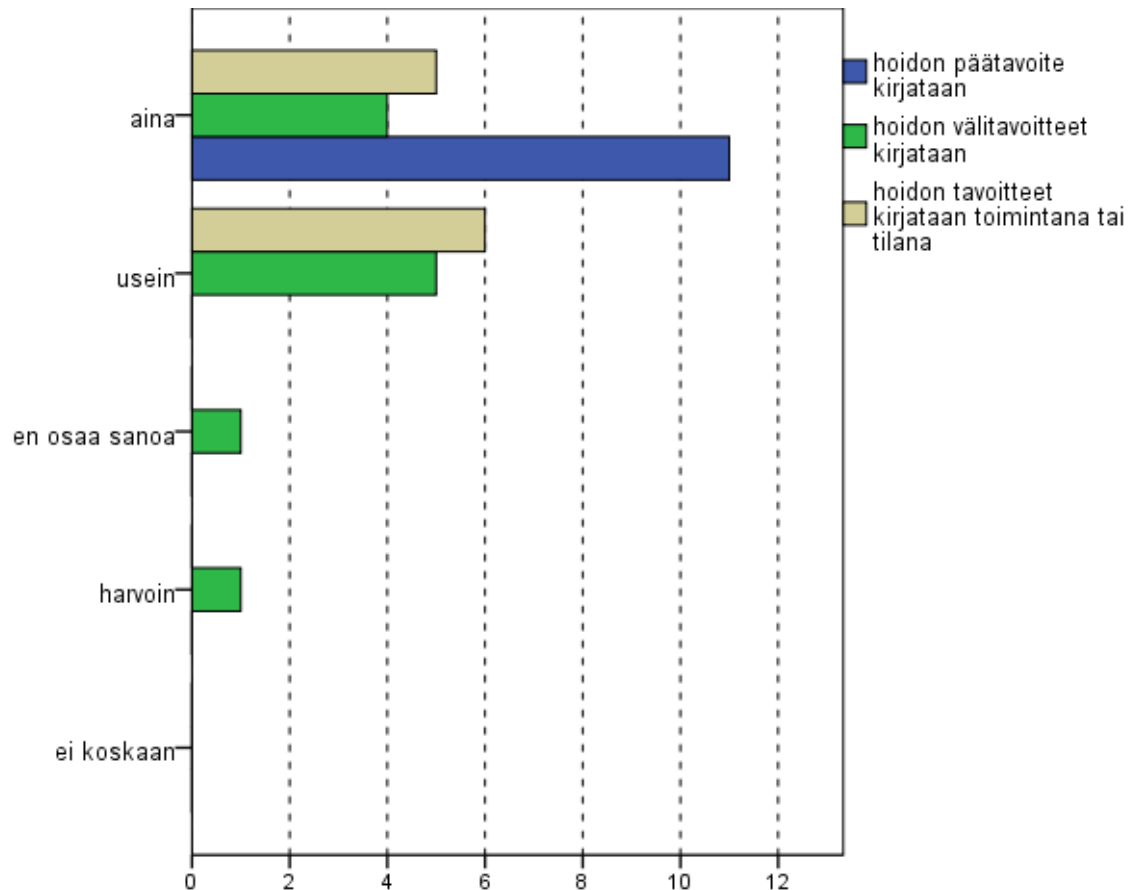
Seitsemän hoitajan mielestä potilas osallistui harvoin hoitosuunnitelman laadintaan ja kahden hoitajan mielestä usein. Kaksi hoitajista ei osannut arvioida osallistumista. Kuuden hoitajan mielestä läheiset osallistuivat usein hoitosuunnitelman laadintaan ja neljän mielestä harvoin. Yksi hoitajista ei osannut arvioida osallistumista. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan.

7.5 Hoidon tavoitteiden kirjaaminen

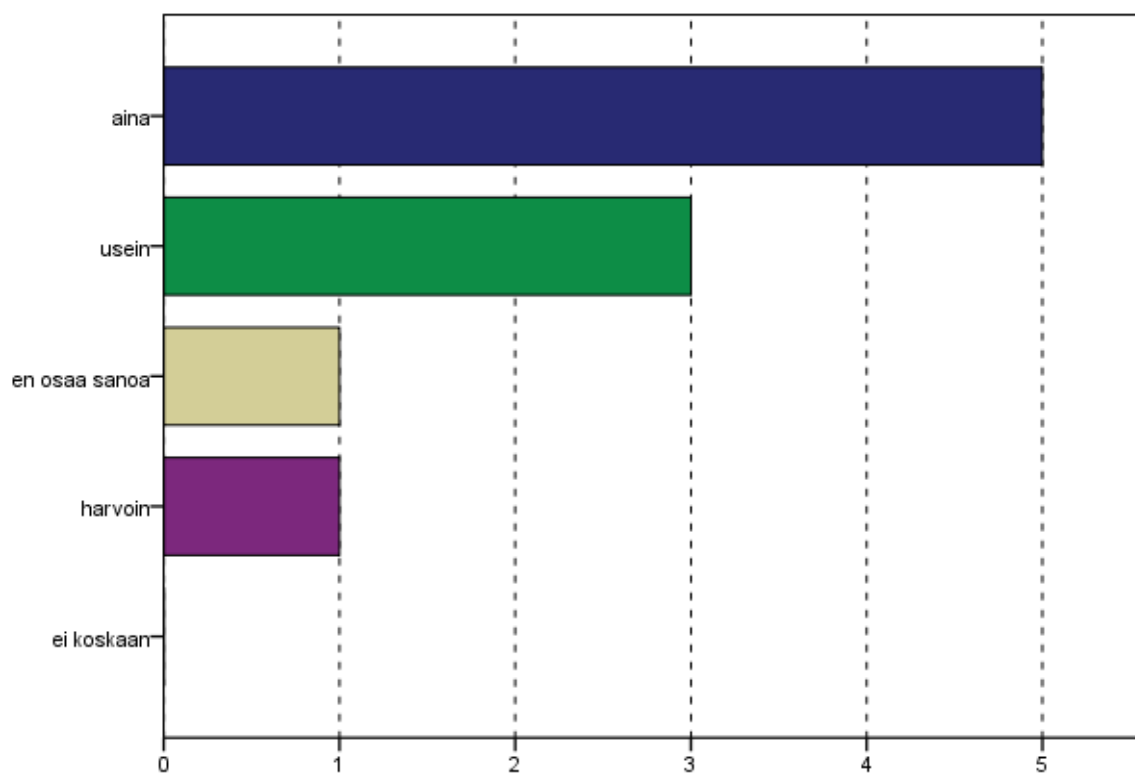
Hoidon päätavoitteen kirjasi kaikki 11 hoitajaa aina. Hoidon välitavoitteet kirjasi hoitajista neljä aina, viisi usein ja yksi harvoin. Yksi hoitajista ei osannut sanoa välitavoitteen kirjaamisesta. Hoidon tavoitteet kirjasi potilaan toiminta tai tilana hoitajista viisi aina ja kuusi usein. (Kuvio 4.)



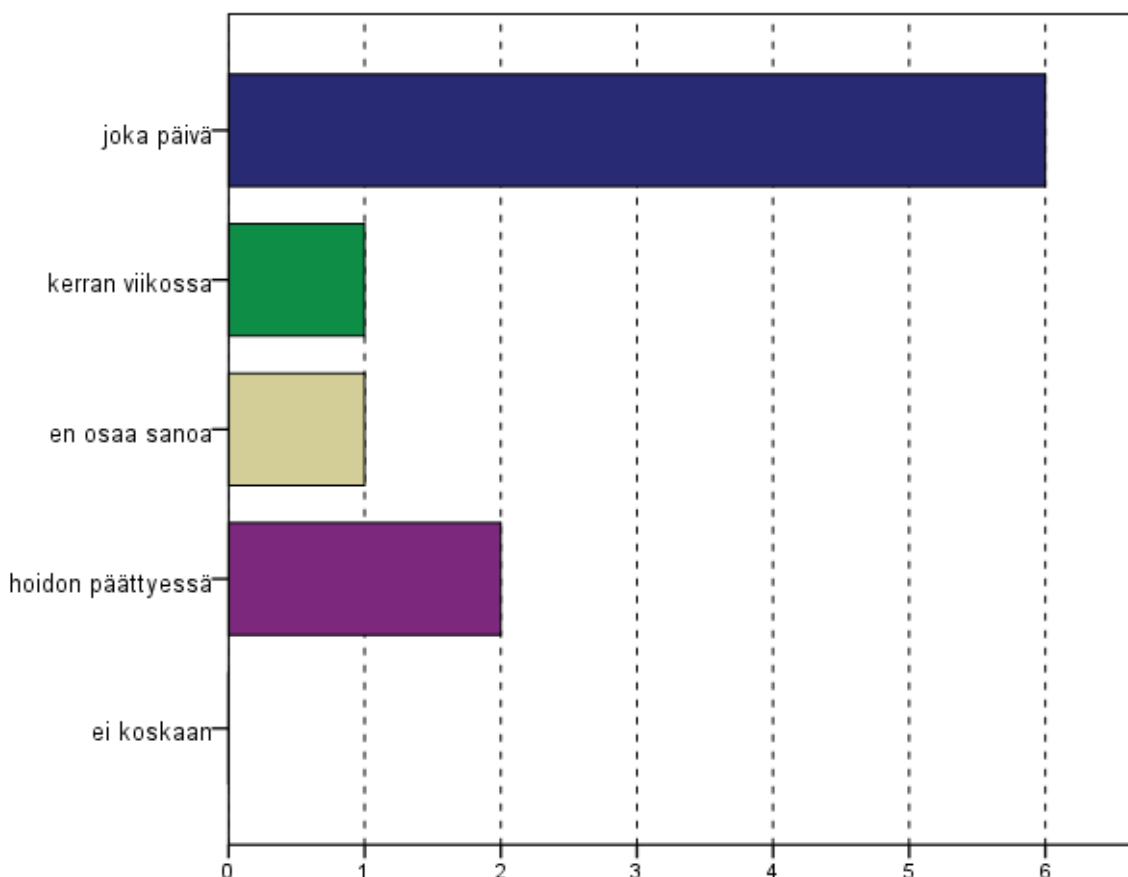
Kuvio 4. Hoidon tavoitteiden kirjaaminen.

7.6 Hoidon toteutuksen ja arvioinnin kirjaaminen

Hoitotyön toteutusta menneessä aikamuodossa kirjasi hoitajista viisi aina, kolme usein ja yksi harvoin.. Yksi hoitajista ei osannut sanoa kirjasiko toteutusta menneessä aikamuodossa. Yhdessä lomakkeessa ei ollut vastatusta lainkaan. (Kuvio 5.) Hoidon arviointia kirjasi hoitajista kuusi joka päivä, yksi kerran viikossa ja kaksi hoidon päättyessä. Yksi hoitajista ei osannut sanoa ja yksi hoitajista oli kirjannut kyselylomakkeelle oman vaihtoehdon, tarvittaessa. (Kuvio 6.)



Kuvio 5. Hoidon toteutuksen kirjaaminen menneessä aikamuodossa.



Kuvio 6. Hoidon arvioinnin kirjaaminen

7.7 Hoitotyön kirjaaminen hoitotyön luokitusten mukaan

Hoitotyön tarvetta kirjatessa viisi hoitajista valitsi käytettäväksi kaikki neljä vaihtoehtoa. Yksi hoitajista valitsi SHTaL- luokituksen 19 komponenttia, täydensi näitä vapaalla tekstillä ja merkitsi hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet. Yksi hoitajista valitsi komponentit, kirjasi merkittävät hoidon tarpeet ja asetti tavoitteet suhteessa hoidon tarpeeseen. Yksi hoitajista valitsi kaikki muut vaihtoehdot mutta ei komponentteja. Yksi hoitajista valitsi komponentit ja täydensi niitä vapaalla tekstillä sekä asetti tavoitteet suhteessa hoidon tarpeeseen. Kaksi hoitajista valitsi vain yhden vaihtoehdon, toinen komponentit ja toinen hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet.

Hoitotyön toimintoja kirjatessa neljä hoitajista valitsi käytettäväksi kaikki neljä vastausvaihtoehtoa. Kolme hoitajista valitsi SHToL –luokituksen 19 komponenttia, täydensi näitä vapaalla tekstillä ja yksi näistä hoitajista valitsi vielä potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kuvauksen. Yksi hoitajista valitsi komponentit ja kuvasi

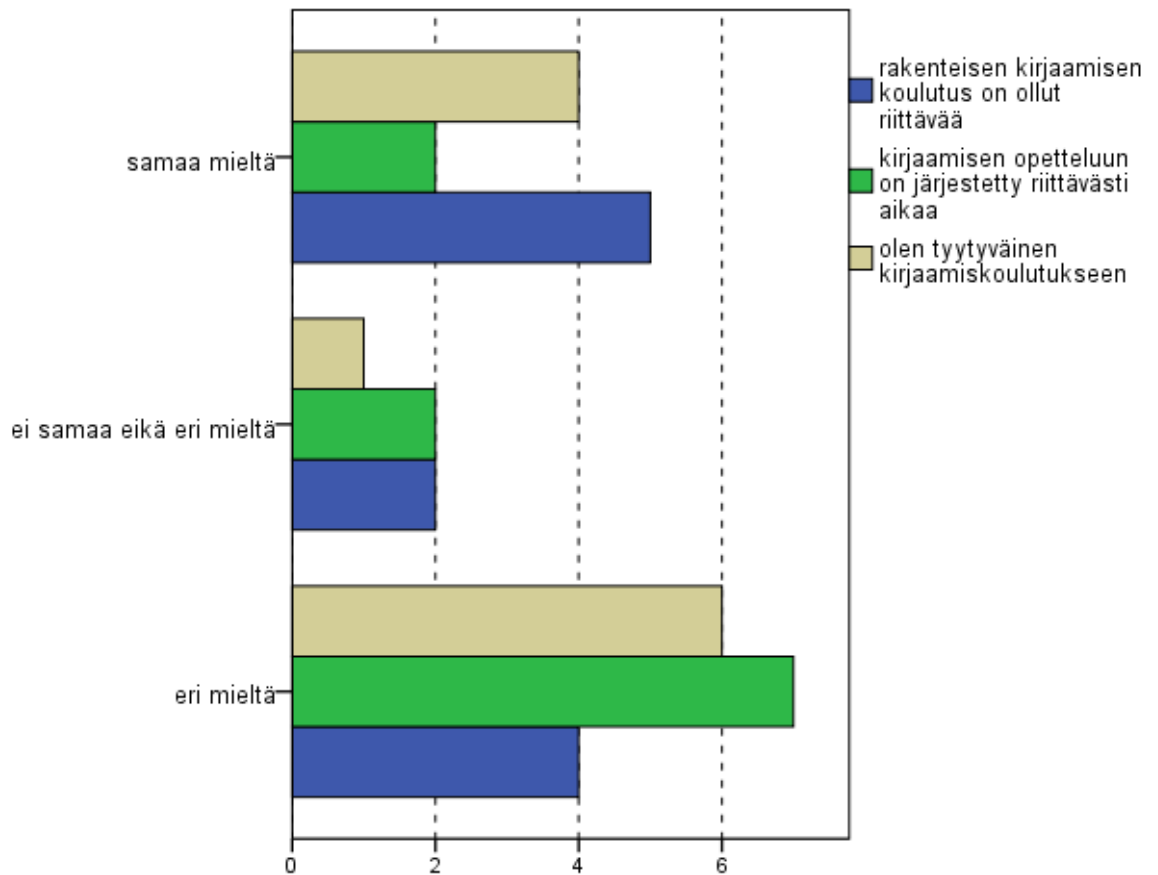
potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Yksi hoitajista valitsi keinojen suunnittelun, jolla hoidon tarpeen tavoitteet saavutetaan sekä täydensi komponentteja vapaalla tekstillä. Yksi hoitajista valitsi keinojen suunnittelun hoidon tarpeen tavoitteiden saavuttamiseksi ja kuvasi potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Yksi hoitajista valitsi vain komponentit.

Hoitotyön tuloksia kirjatessa kaikki hoitajat kuvasivat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia, 10 näistä hoitajista arvioi lisäksi potilaan tilaa asteikolla parantunut/ennallaan/huonontunut ja kuusi näistä hoitajista arvioi että apuna voidaan lisäksi käyttää erilaisia mittareita.

Hoidon tuloksia kirjasi hoitajista kuusi joka päivä sekä hoidon päättyessä. Kaksi hoitajaa kirjasi joka päivä ja yksi pelkästään hoidon päättyessä. Yksi hoitajista kirjasi kerran viikossa ja yksi ei osannut sanoa. Hoitotyön yhteenvetoa kirjasi yhdeksän hoitajista sekä potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen, että potilaan siirtyessä kotiin. Yksi hoitajista kirjasi potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen ja yksi hoitajista ei kirjannut koskaan.

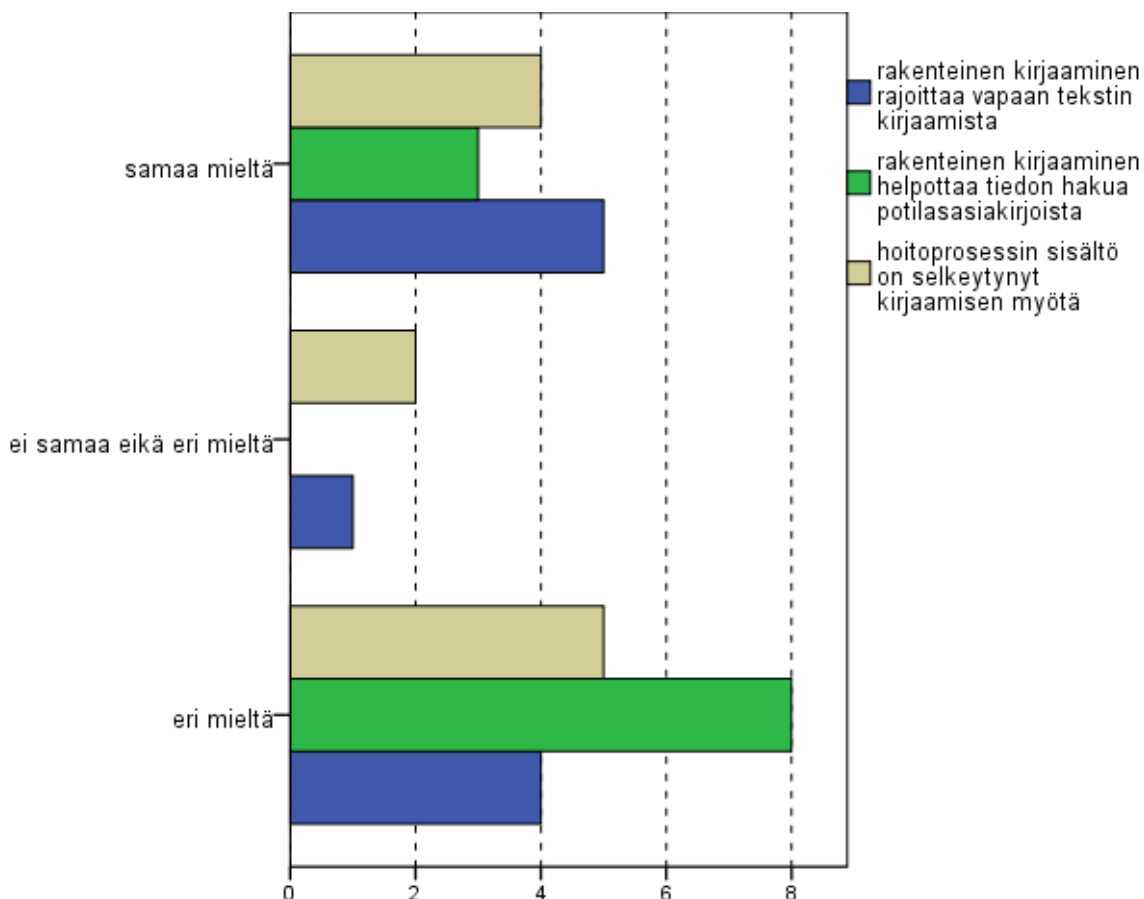
7.8 Hoitajien kokemuksia rakenteisen kirjaamisen koulutuksesta

Rakenteisen kirjaamisen koulutuksesta kysyttäessä viisi hoitajista oli sitä mieltä, että koulutus oli ollut riittävää, neljän hoitajan mielestä näin ei ollut. Kirjaamiskoulutukseen oli tyytyväisiä neljä hoitajista, kuusi hoitajista ei ollut tyytyväisiä. Kirjaamisen opetteluun oli kahden hoitajan mielestä järjestetty riittävästi aikaa, seitsemän hoitajan mielestä opetteluun ei ollut aikaa riittävästi. (Kuvio 7.)



Kuvio.7 Rakenteisen kirjaamisen koulutus

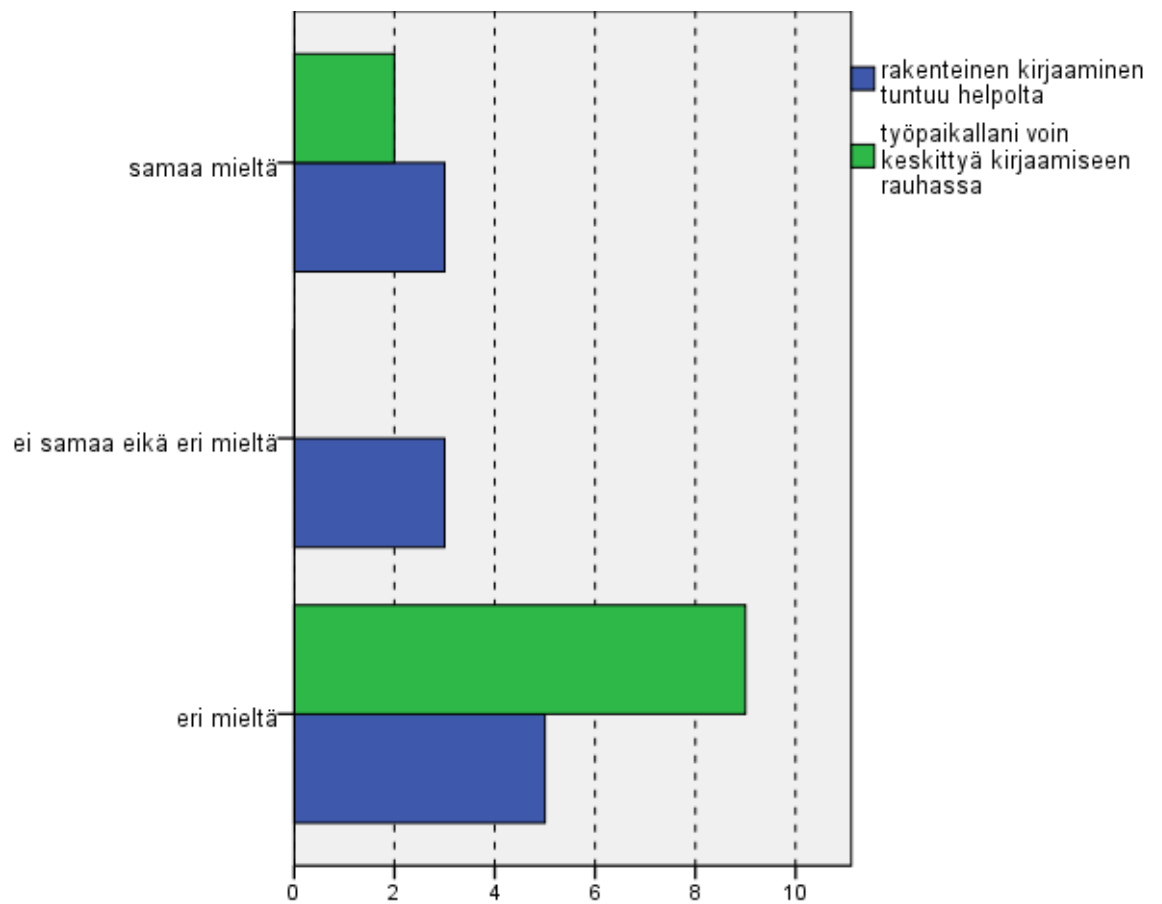
Viisi hoitajista oli sitä mieltä, että rakenteinen kirjaaminen rajoittaa vapaan tekstin kirjaamista, neljän hoitajan mielestä näin ei ollut. Kahdeksan hoitajan mielestä rakenteinen kirjaaminen ei helpottanut tiedon hakua potilasasiakirjoista, kolmen hoitajan mielestä helpotti. Neljän hoitajan mielestä hoitoprosessin sisältö oli selkeytynyt kirjaamisen myötä, viiden hoitajan mielestä näin ei ollut. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Rakenteisen kirjaamisen vaikutus hoitokertomuksen sisältöön

Hoitajista 10 oli sitä mieltä, että työ määrä oli lisääntynyt rakenteisen kirjaamisen myötä ja yhden hoitajan mielestä työ määrä ei ollut lisääntynyt. Yhdeksän hoitajista oli sitä mieltä, että kirjaamisaika ei vähene rakenteista hoitosuunnitelmaa käytettäessä, yhden hoitajan mielestä väheni ja yksi hoitaja ei osannut sanoa. Yhdeksää hoitajaa työtoverit olivat auttaneet tarvittaessa kirjaamisessa, kaksi ei osannut sanoa. 11 hoitajaa oli mielestään itse auttanut työtovereitaan tarvittaessa. Kuusi hoitajaa ymmärsi miksi rakenteinen kirjaaminen oli otettu käyttöön, kaksi ei ymmärtänyt ja kaksi ei osannut sanoa. 10 hoitajaa koki kirjaamisen kehittämisen tarpeellisenä, yksi ei osannut sanoa.

Rakenteinen kirjaaminen tuntui helpolta vain kolmen hoitajan mielestä, viiden hoitajan mielestä se ei ollut helppoa. Työpaikalla kirjaamiseen, ei voinut keskittyä rauhassa yhdeksän hoitajan mielestä, vain kaksi hoitajaa koki keskittyvänsä kirjaamiseen rauhassa. (Kuvio 9).



Kuvio 9. Rakenteisen kirjaamisen helppous ja kirjaamiseen keskittyminen

8. POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin miten hoitajat kirjaavat potilaan hoitotyötä ja miten kirjaaminen on lähtenyt osastolla käyntiin. Kirjaamisesta tarkasteltiin hoitotyön prosessia ja sitä millaisia kokemuksia hoitajilla oli rakenteisesta kirjaamisesta. Rakenteinen kirjaaminen oli osastolla ollut käytössä vasta vähän aikaa, joten uuden asian omaksuminen ja sisäistäminen oli vasta aluillaan.

Tulotilanteen kirjaamisessa yleisimmin otsikkona arvioitiin olevan esitiedot, hoidon syy, ongelmat, nykytila, lääkehoito ja hoidon tarve. Harvemmin miellettiin tulotilanteen otsikoiksi apuvälineet ja terveyteen vaikuttavat riskitekijät. Osa hoitajista oli myös sitä mieltä, että perustiedot olivat ainoa tulotilanteen otsikko. Perustiedot ovat potilaan yksilöinti- ja yhteystietoja, toki ne tulee tarkistaa joka käynnin yhteydessä, mutta ne eivät sinänsä riitä tulotilanteen otsikoksi. (Opas-sp-k-ydintiedot 2007, 21.) Potilaan tunnistetiedot kirjasivat kaikki hoitajat aina. Myös hoidon antajan tunnistetietojen kirjaaminen oli huomioitu kiitettävästi.

Potilas itse osallistui hoitajien mielestä harvoin hoitosuunnitelman laadintaan, omaisten koettiin osallistuvan tähän useammin. Tämä tulee esille myös Leinon (2004, 60) tutkielmassa, jossa puolet hoitajista teki hoitosuunnitelmaa ilman potilasta. Mutta kokivat kuitenkin kirjaavansa parhaiten juuri potilaan tuntemuksia ja omaisten toiveita. Omaiset toki voivat omalta osaltaan auttaa hoitajia potilaan toiveiden esille tuonnissa. Tällöin jäänee kuitenkin potilaan näkökulma huomiotta, kuten Virolaisen (2006, 80) tutkielmassa on todettu.

Hoidon päätavoite kirjattiin hoitajien mielestä aina ja välitavoitteita joko aina tai usein. Tavoitteet kirjattiin yleisesti potilaan toimintana ja tilana, joten tällöin voidaan arvioida, että kirjaamisessa kuvattiin potilaan vointia eikä hoitajan työtä. Samansuuntainen vastaus tuli esille myös Virolaisen (2006, 80) tutkielmassa, jossa hoitajat kokivat kirjaavansa väli- ja kokonaistavoitteita melko hyvin. Suurin osa hoitajista kirjasi hoitotyön toteutusta menneessä aikamuodossa.

Puolet hoitajista kirjasi hoidon arviointia joka päivä ja esim. kaksi vain hoidon päättyessä. Potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten ja toteutuneen hoidon arviointia tulee kirjata päivittäin koko hoitoprosessin ajan, kuten Virolaisen (2006, 79)

tutkimuksessa todettiin. Samanlainen tulos saatiin Leinon (2004, 61) tutkimuksessa, jossa vajaa puolet hoitajista koki kirjaavansa tyydyttävästi hoidon päivittäistä arviointia.

Suurin osa hoitajista käytti hoitotyön tarve/toiminto –luokitusten 19-komponenttia sekä täydensi näitä vapaalla tekstillä. Kirjattaessa merkittiin myös hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet sekä asetettiin hoitotyön tavoitteet suhteessa näihin tarpeisiin. Puolet vastaajista suunnitteli keinoja, joilla hoidon tarpeen tavoitteet saavutetaan sekä kuvasi potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Hoidon tuloksia kirjasi yhdeksän hoitajaa joka päivä ja hoitotyön yhteenvetoa kirjattiin kiitettävästi niin potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen kuin kotiinkin. Kun ajatellaan, miten vähän aikaa rakenteinen kirjaaminen on osastolla ollut käytössä, voidaan jo näiden vastausten perusteella nähdä, monen hoitajan sisäistäneen jo hoitotyön prosessin mukaista rakenteista kirjaamista. Laineen (2008, 52) tutkimuksessa hoitajat kokivat ajattelutyön lisääntyneen kirjaamistilanteissa juuri hoitotyön prosessimallin pohdinnan vuoksi.

Rakenteisen kirjaamisen koulutuksen riittävyys jakoi mielipiteitä niin, että viiden hoitajan mielestä koulutus oli riittävää ja kirjaamiskoulutuksiin oli tyytyväisiä vain 4 hoitajista. Selkeää lisäkoulutuksen tarvetta oli näiden vastatusten perusteella. Myös avoimen kysymyksen kohdalla lisäkoulutus, toiveena ollut ”miten kirjataan sellaiset asiat, joita ei ole huomioitu ohjelmassa” –kohta saa miettimään millaista koulutusta tarvitaan. Onko kyseessä vaikeus kirjatun tiedon lokeroinnissa, kuten Laineen (2008, 51) tutkimuksessa vai kirjaamiskäytäntöjen kirjavuudessa? Myös kirjaamisen opetteluun oli järjestetty hoitajien mielestä liian vähän aikaa. Riittävän opettelu ajan järjestäminen lisää motivaatiota ja myös positiivista ajattelua kirjaamisesta. Virolaisenkin (2006, 82) mukaan hoitohenkilökunta oli sitoutunut kirjaamiseen, mutta tarvitsi lisäkoulutusta.

Rakenteisen kirjaamisen tarkoitus helpottaa tiedon hakua, ei ollut kysymyksiin vastanneiden hoitajien mielestä toteutunut. Osa hoitajista koki myös, että rakenteisuus rajoitti vapaan tekstin kirjaamista. Myös hoitoprosessin sisällön selkeytyminen rakenteisessa kirjaamisessa jakoi mielipiteitä. Aiemmin tarkasteltaessa tarve/toiminto -luokitusten vastauksia, näytti siltä, että hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen oli osin ymmärretty. Kuitenkin hoitoprosessin selkeyttä kysyttäessä, puolet vastaajista oli sitä mieltä, ettei näin ollut. Virolaisen (2006, 77) tutkimuksessa kirjaaminen sinänsä oli helpottanut potilasasiakirjojen luettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Dahmin & Wadensteinin (2008, 2144) tutkimuksessa sekä Laineen (2008, 52) tutkimuksessa, kirjaaminen oli parantunut rakenteisuuden myötä. Hoitajien huonoon kokemukseen

saattoi vaikuttaa juuri koulutuksen ja harjoittelun puute, koska rakenteinen kirjaaminen oli osastolla vasta aluillaan.

Työmäärä oli lähes kaikkien vastaajien mielestä lisääntynyt, sama ilmenee Laineen (2008, 50), Virolaisen (2006,77) ja Hartikaisen (2008, 65) tutkimista. Kirjaamisaika oli lisääntynyt rakenteisen hoitosuunnitelman myötä lähes kaikkien hoitajien mielestä. Tähän saattaa olla osasyynä myös koneiden vähyys osastolla. Hoitajat joutuvat usein poistumaan koneilta ja taas uudelleen kirjautumaan omilla tunnuksillaan, toisten hoitajien käyttäessä välillä konetta. Hartikaisen (2008, 64 - 65) tutkimassa tämä tuli myös esille, hoitajat kokivat jatkuvan kirjautumisen vievän työaikaa potilaan hoitotyöstä. Laineen (2006, 55) mukaan koulutuksella voidaan helpottaa kirjaamisen osaamista, samoin kuin kollegoilta saadulla vertaistuellakin. Oppiminen auttaa ratkaisemaan kirjaamisen ongelmatilanteita ja samalla vähentää kirjaamiseen käytettävää aikaa.

Ongelmat kuitenkin yhdistivät hoitajia, koska lähes kaikki hoitajat kokivat työtovereiden auttavan tarvittaessa ja he kokivat myös itse antavansa apua kirjaamisessa tarvittaessa. Suurin osa hoitajista myös ymmärsi miksi rakenteinen kirjaaminen oli otettu käyttöön ja 10 hoitajista koki kirjaamisen kehittämisen tarpeellisenä. Yleinen myönteisyys rakenteista kirjaamista kohtaan tuli esille myös Dahmin & Wadensteinin (2008, 2144) tutkimuksessa.

Viidestä hoitajasta rakenteinen kirjaaminen ei tuntunut helpolta ja yhdeksän hoitajista koki, ettei saanut rauhassa keskittyä kirjaamiseen. Hartikaisen (2008 61- 62) tutkimassa, hoitajat pitivät papereihin kynällä kirjaamisesta helpompana ja nopeampana. Tosin em. tutkielman hoitajat tekivät osastolla vielä päällekkäistä kirjausta, kirjaamalla ensin paperille ja sen jälkeen järjestelmään. Rakenteinen kirjaaminen tuo ajantasaisuuden potilaan tietoihin ja näin eNNI-hankkeenkin yhden tavoitteen mukaan taataan potilasturvallisuus.

Koulutuksen lisätarpeeseen ja opetteluun järjestetyn ajan lisäämiseen oli selkeää tarvetta. Tämä tulos oli odotettavissa ajatellen rakenteisen kirjaamisen alkamisajankohtaa, asioiden sisäistäminen ja opettelu vievät aikaa. Kaiken kaikkiaan rakenteisen kirjaamisen tarve ymmärrettiin ja sitä haluttiin kehittää. Joten osaston ajatus: "aikataulutus kulkee periaatteella – hiljaa hyvää tulee, eli muutosta viedään läpi antamalla aikaa oppia ja opetella uutta", kiteytyy lyhyesti tämänkin opinnäytetyön vastauksista.

Jatkotutkimuksena mielestäni voisi selvittää, miten kirjattu tieto näkyy potilaskertomuksissa, miten komponentteja käytetään ja miten tietoa kerätään hoitoprosessin eri vaiheissa. Samalla pystyttäisiin myös seuraamaan onko kirjaaminen yhtenäistä.

LÄHTEET

- Ahonen, O; Ikonen, H & Koivukoski, S 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10 6-9.
- Dahm, MF & Wadensten, B 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records – a questionnaire study. Journal of Clinical Nursing, Aug; 17 (16): 2137-2145. Tulostettu 23.2.2010
- Elkind, E 2009. The Pennsylvania nurse. Why information systems are helpful to nursing. Thomas Jefferson University. School of Nursing. USA. Pa Nurse, Mar; 64 (1): 24-5. Tulostettu 7.2.2010. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Ensio, A 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos.
- Ensio, A & Saranto, K 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hallintolaki 434/2003.
- Hartikainen, T 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu –tutkielma. Tulostettu 9.1.2010
- Hassinen, T. & Tanttu, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoitaja 81 (3) 18 - 20. Saatavissa myös: <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398&culture=fi-FI&contentlan=1>
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hirsjärvi, S; Remes, P & Sajavaara, P 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Häyrynen, K; Porrasmaa, J; Komulainen, J & Hartikainen, K 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 3.2.2004. Osaavien keskustusten verkoston julkaisuja 5/2004. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1308/osve5_04.pdf
- Ikonen, H; Rajalahti, E & Ahonen, O, 2009. Potilasturvallisuus – osaamisen kehittäminen eNNI-hankkeessa. Osaaja.net no 1 Viitattu: 8.3.2010 <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/446/513>
- IT-investoinneista valuu hukkaan satoja miljoonia. 20.10.2010 YLE1 Uutiset. Saatavissa: http://yle.fi/uutiset/talous_ja_politiikka/2010/10/it-investoinneista_valuu_hukkaan_satoja_miljoonia_2072945.html
- Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K, 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke. (HoiData-hanke) 9/2007 - 10/2009. Loppuraportti 30.11.2009. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/4519>
- Kärkkäinen, O 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H & Koponen, L (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 89-96.

Kääriäinen, M & Kaakinen, P 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoitajalehti 1/2008, vol. 81,13 - 15.

Laine, E-K 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteenlaitos. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu-tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999.

Leino, K 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteen tiedekunta, hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma.

Liljamo, P; Kaakinen, P & Ensio, A 2008. Opas FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 27.2.2010 http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.12.2007. Viitattu 11.3.2010 <http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opus-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>

Potilasvahinkolaki 585/1986.

Robies, J 2009. The effect of the electronic medical record on nurses' work. Creative Nursing. Volume 15. Number 1, 31-5. Tulostettu 10.2.2010. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19343848>

Salo, P 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hoppia, H & Koponen, L (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 13 - 24.

Saranto, K 2007 Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hoppia, H & Koponen, L (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 123-138.

Saranto, K; Ensio, A; Tanttu, K & Sonninen, A 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit OY

Saranto, K & Kinnunen, U-M 2009. Journal of Advanced Nursing, Mar2009, Vol.65 issue 3, 2137-2145. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Viitattu 23.2.2010: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010188959&site=ehost-live>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta. Versio 1.20.28.2.2006. Kansallinen terveyshanke. [Verkkodokumentti] Viitattu 14.2.2010 <http://www.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opus-spk-rakenne-2006-02-28.doc>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Taanila, A 2009. SPSS opas. Viitattu 16.10.2010 <http://myy.helia.fi/~taaak/k/spss.pdf>

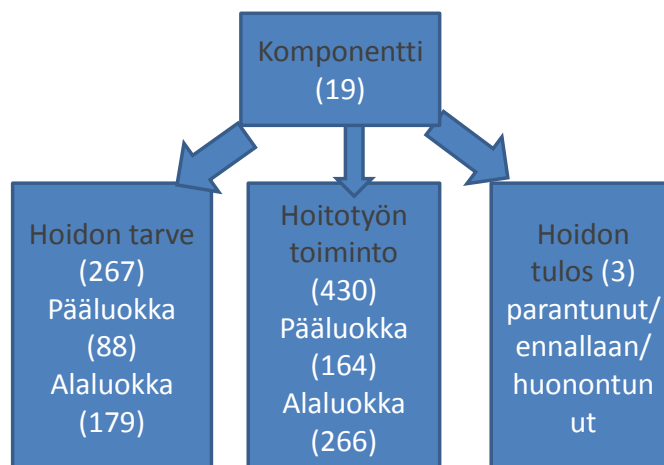
Tanttu, K & Rusi, 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. . Teoksessa Hoppia, H & Koponen, L (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 113.

Virolainen, M 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopio. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen. Pro gradu –tutkielma.

FinCC: rakenne; SHTal ja SHTol luokitusversiot 2.01, SHTul 1.0

- Komponentti esim. terveystäyttyminen
 - Pääluokka (elintapojen arviointi)
 - Alaluokka (ravitsemustottumusten selvittäminen)

Täydennetään vapaalla tekstillä



kopio: HoiData -hanke VSSH

HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä : Hoitokertomus = HOKE

Rakenteistaminen	Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne			Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	(ks.Opas s. 17)		
		Hoidon suunnittelu							
	Hoitotyön prosessin vaiheet (otsikot)	1a Tietojen keruu ja analysointi*	1b Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	1c Tavoitteiden asettaminen	1d Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	2. Toiminnot / toteutus	3. Tulosten arviointi	4. Hoitotyön yhteenveto	
	SHTaL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim.VAS, GAF)	SHTaL	-	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitojakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessi/ydin - tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuusluokkatieto	
	SHToL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS,GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **		
	Hoitotyön ydintiedot	Moni-ammattilaisia ydintietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto	Hoitoisuus **

*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

** Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaela)

päivitetty 211207 K.Tanttu

Lähde: Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005 - 2007

Hei

Olen Turun Ammattikorkeakoulun terveystieteen aikuiskoulutuksen opiskelija. Olen ammatillani sairaanhoitaja ja päivittämässä sairaanhoitaja tutkintoa hoitotyön koulutusohjelmassa AMK tutkinnoksi. Opintoihini sisältyy 15 opintopisteen opinnäytetyö, jonka toteutan kansallisessa eNNI-hankkeessa osana Kaarinan terveyskeskuksen rakenteisen kirjaamisen kehittämisprojektia. Opinnäytetyöni kohdistuu rakenteiseen kirjaamiseen ja toteutan sen kyselytutkimuksena käyttäen väittämiä. Tarkoituksena on saada tietoa rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta osastollanne ja siksi antamasi tiedot ovat erittäin tärkeitä kirjaamisen ja sen koulutuksen jatkokehittämiseksi.

Kyselylomakkeessa tarkastelen hoitajien hoitoprosessin kirjaamista ja sitä miten rakenteinen kirjaaminen on lähtenyt käyntiin osastollanne. Hoitoprosessilla tarkoitan potilaan tulotilannetta, hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Kyselylomakkeet jaetaan touko-kesäkuun aikana. Kysymyksiin vastaaminen tapahtuu nimettömänä eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa opinnäytetyössä. Kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen kuluu aikaa noin 15 min. Kukin vastaaja saa suljettavan kirjekuoren kyselyn liitteenä, jossa voi oman vastauksensa palauttaa osastonhoitajan huoneessa olevaan isompaan kirjekuoreen 30.6.2010 mennessä. Noudan vastaukset viimeisen palautuspäivän jälkeen.

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstäni tai kyselylomakkeesta voit lähettää sähköpostia osoitteeseen paivi.martinson@students.turkuamk.fi, vastaan mielelläni kysymyksiisi. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii terveydenhuollonopettaja Arja Nylund, arja.nylund@turkuamk.fi

Yhteistyöstä kiittäen ja lämmintä kesää toivottaen

Päivi Martinson

sairanhoitaja (AMK) opiskelija

KYSELYLOMAKE

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sinua ja/tai kirjoita vastaus sille varatulle riville

Taustatiedot

Ikä vuosina _____

Ammattitutkinto

1. Kouluasteen tutkinto vuonna _____
2. Opistoasteen tutkinto vuonna _____
3. Ammattikorkeakoulututkinto vuonna _____

Ammatti

1. Sairaanhoitaja
2. Perushoitaja
3. Lähihoitaja

Työkokemus hoitotyössä vuosina _____

Olen osallistunut kirjaamiskoulutuksiin

1. Kirjaaminen/prosessi koulutus
2. Kirjaaminen/lainsäädäntö koulutus
3. Kirjaaminen/päätöksenteko
4. Kirjaaminen/Case-harjoitukset
5. En ole osallistunut koulutuksiin

Millaista lisäkoulutusta vielä toivoisit?

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä yksi/useampi vaihtoehto, oman kokemuksesi ja tietosi mukaan.

Hoitotyön prosessi

Tulotilanne kirjataan otsikolla (Ympyröi yksi tai useampi vaihtoehto)

1. hoidon syy
2. esitiedot
3. ongelmat
4. nykytila
5. lääkehoito
6. apuvälineet
7. terveyteen vaikuttavat riskitekijät
8. hoidon tarve
9. muu, mikä _____
10. en osaa sanoa

Ympyröi yksi vaihtoehto

Potilaan tunnistetiedot kirjataan

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Hoidon antajan tunnistetiedot kirjataan

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Potilas osallistuu hoitosuunnitelman laadintaan

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Läheiset osallistuvat hoitosuunnitelman laadintaan

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Hoidon päätavoite kirjataan

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Hoidon välitavoitteet kirjataan

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Hoidon tavoitteet kirjataan potilaan toimintana tai tilana

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Hoitotyön toteutus kirjataan menneessä aikamuodossa

1. aina
2. usein
3. en osaa sanoa
4. harvoin
5. ei koskaan

Hoidon arviointia kirjataan

1. joka päivä
2. kerran viikossa
3. en osaa sanoa
4. hoidon päättyessä
5. ei koskaan

Hoitotyön tarvetta kirjatessa (Ympyröi yksi tai useampi vaihtoehto)

1. käytetään SHTaL –luokituksen 19 komponenttia
2. merkitään hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet
3. komponentteja täydennetään vapaalla tekstillä
4. hoitotyön tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeeseen
5. en osaa sanoa

Hoitotyön toimintoja kirjattaessa (Ympyröi yksi tai useampi vaihtoehto)

1. käytetään SHToL –luokituksen 19 komponenttia
2. suunnitellaan keinoja, jolla hoidon tarpeen tavoitteet saavutetaan
3. komponentteja täydennetään vapaalla tekstillä
4. kuvataan potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta
5. en osaa sanoa

Hoitotyön tuloksia kirjatessa (Ympyröi yksi tai useampi vaihtoehto)

1. kuvataan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia
2. potilaan tilaa arvioidaan esim. asteikolla, parantunut/ennallaan/huonotunut
3. apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita (kipumittari, painehaavaumamittari)
4. en osaa sanoa

Hoidon tulokset kirjataan

1. joka päivä
2. kerran viikossa
3. en osaa sanoa
4. hoidon päättyessä
5. ei koskaan

Hoitotyön yhteenveto kirjataan (Ympyröi yksi tai useampi vaihtoehto)

1. potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen
2. potilaan siirtyessä kotiin
3. en osaa sanoa
4. ei koskaan

Kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta. Ympyröi jokaisesta väittämästä yksi vaihtoehto

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Ymmärrän miksi rakenteinen kirjaaminen on otettu käyttöön	1	2	3	4	5
Rakenteinen kirjaaminen tuntuu helpolta	1	2	3	4	5
Rakenteisen kirjaamisen koulutus on ollut riittävää	1	2	3	4	5
Kirjaamisen opetteluun on järjestetty riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
Työtoverit auttavat tarvittaessa kirjaamisessa	1	2	3	4	5
Olen tyytyväinen kirjaamiskoulutukseen	1	2	3	4	5
Rakenteinen kirjaaminen rajoittaa vapaan tekstin kirjaamista	1	2	3	4	5
Rakenteinen kirjaaminen helpottaa tiedon hakua potilasasiakirjoista	1	2	3	4	5
Työmäärä on lisääntynyt rakenteisen kirjaamisen myötä	1	2	3	4	5
Työpaikallani voin keskittyä kirjaamiseen rauhassa	1	2	3	4	5
Autan työtovereitani tarvittaessa kirjaamisessa	1	2	3	4	5
Hoitoprosessin sisältö on selkeytynyt kirjaamisen myötä	1	2	3	4	5
Kirjaamisaika vähenee kun käytetään rakenteista hoitosuunnitelmaa	1	2	3	4	5
Koen kirjaamisen kehittämisen tarpeellisenä	1	2	3	4	5

Kiitos vastauksestasi



1 (2)

Johtava ylihoitaja Raija Virtanen
Kaarinan kaupunki
Hyvinvointipalvelut
Hyvinvointipalvelujen johtaja Antti Parpo

21.6.2010

LAUSUNTO: TUTKIMUSLUPA-ANOMUS/ MARTINSON PÄIVI

Rakenteinen kirjaaminen terveyskeskuksen sairaalan osastolla

Opinnäytetyö on osa eNNI-hanketta, joka on valtakunnallinen hanke ammattikorkeakoulujen hoitotyön kirjaamista opettavan ja toteuttavan henkilöstön osaamisen kehittämiseksi.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää miten hoitajat kirjaavat potilaan hoitotyötä ja miten rakenteinen kirjaaminen on käynnistynyt osastolla 1.

Tutkimuksen kohteena on Kaarinan terveyskeskuksen sairaalan osaston 1 hoitohenkilökunta. Tutkimus tehdään kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeet toimitetaan osastolle, jossa osastonhoitaja jakaa kyselylomakkeet hoitohenkilökunnalle.

Tutkimusaineisto kerätään kesällä 2010 ja opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2010 Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä.

Tutkijan yhteystiedot:
Päivi Martinson
Myllytie 187, 31300 Tammela
puh. 0500-897542 koti, 03-41912145 työ

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Turun ammattikorkeakoulu / Terveysala, aikuiskoulutus

Liite Tutkimuslupa-anomus/ Päivi Martinson



26.5.2010

Esitän tutkimusluvan myöntämistä Päivi Martinsonille seuraavin edellytyksin:

1. Tutkimusraportti tulee tehdä niin, ettei tutkimuksessa mukana olleiden henkilöllisyys ei paljastu.
2. Tutkimuksen suorittaja antaa kirjallisen salassapitositoumuksen.
3. Tutkimus tulee toimittaa tiedoksi Kaarinan kaupungin terveystalveluiden johtavalle ylihoitajalle.
4. Tutkimuksen tekijä tekee Kaarinan kaupungin perusturvalautakunnalle tiivistelmän tutkimuksen keskeisistä tuloksista.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Raija Virtanen".

Raija Virtanen
johtava ylihoitaja

Viranhaltijapäätös

Kaarinan kaupunki

20100017 / 23.06.2010

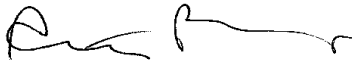
Lautakunnankatu 4
20780 KAARINA

Päätöksen otsikko TUTKIMUSLUPA

Selostus asiasta Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelija Päivi Martinson hakee tutkimuslupaa tutkimukseen, jossa tarkoituksena on arvioida, miten hoitajat toteuttava rakenteista kirjaamista tk-sairaалassa. Tutkimusaineisto kerätään Kaarinan terveyskeskuksen sairaalan osasto 1:n henkilökunnalle osoitetulla kyselyllä. Tutkimuslupahakemukseen lausuntonsa on antanut johtava ylihoitaja Raija Virtanen.

Päätösteksti Hyvinvointipalveluiden johtaja päättää antaa tutkimusluvan Päivi Martinsonille ehdolla, että tutkimuksessa täytetään ylihoitajan Raija Virtasen lausunnossa todetut edellytykset ja että tutkimuksen toteutuksessa noudatetaan hyvää tutkimustapaa. Tutkija ei saa käsitellä tutkimuksessaan hyvinvointipalveluiden asiakas-/potilastietoja.

Päätöksen perustelut Hallintosääntö
Johtosääntö



Päätättäjä ANTTI PARPO

Jakelu

Päätös nähtävillä Viranhaltijapäätökset pidetään yleisesti nähtävänä kaupunginvirastossa seuraavasti:
- kuukauden 1.-15. päivinä tehdyt päätökset saman kuukauden 16. päivänä klo 9.00-12.00
- kuukauden 16.-31. päivinä tehdyt päätökset seuraavan kuukauden 1. päivänä klo 9.00-12.00

Tiedoksiantotapa ☐ Lähetetty postitse saantitodistusta vastaan
☐ Lähetetty postitse tavallisena kirjeenä
☐ Lähetetty sisäisessä postissa
☐ Luovutettu asianosaiselle

päivämäärä

Tiedoksiantajan allekirjoitus ja
virka-asema

Vastaanottajan allekirjoitus

